

## PYTANIA TESTOWE

**Poniżej zamieszczono pytania testowe umożliwiające sprawdzenie wiedzy obejmujące zagadnienia, o których jest mowa w niniejszym numerze „Hematologii”.**

### Pytanie 1.

Do wskazań do rozpoczęcia leczenia u pacjenta z przewlekłą białaczką limfocytową należą poniższe z wyjątkiem:

- A. Stężenia hemoglobiny (Hb) poniżej 10 g/dl
- B. Występowania objawów układowych
- C. Limfocytozy ponad 100 G/L jako izolowanego objawu
- D. Objawowego i/lub znacznego, wynoszącego ponad 10 cm, powiększenia węzłów chłonnych
- E. Małopłytkowości poniżej 100 G/L

### Pytanie 2.

Wskaż prawdziwe twierdzenia spośród następujących: 1) immunochemioterapia według schematu R-FC (rytuksymab, fludarabina, cyklofosfamid) ma obecnie najsilniejszą rekomendację dla pacjentów poniżej 65. roku życia ze zmutowanym genem dla łańcuchów ciężkich immunoglobulin (IGHV, *immunoglobulin heavy chain variable*), ponieważ u części tych chorych może doprowadzić do eradykacji minimalnej choroby resztkowej (MRD, *minimal residual disease*); 2) immunochemioterapia według schematu R-FC ma obecnie najsilniejszą rekomendację dla pacjentów powyżej 65. roku życia z niezmutowanym IGHV, ponieważ u części tych chorych może doprowadzić do eradykacji MRD; 3) immunochemioterapia według schematu R-FC ma obecnie najsilniejszą rekomendację dla pacjentów poniżej 65. roku życia ze zmutowanym IGHV, ponieważ u tych chorych jest dobrze tolerowana; 4) do najczęstszych działań niepożądanych wenetoklaksu należą: zespół lizy guza, neutropenia, zakażenia, wysypki i inne zmiany skórne; 5) do najczęstszych działań niepożądanych wenetoklaksu należą: neutropenia, małopłytkowość, biegunki, infekcje dróg oddechowych.

- A. Prawdziwe twierdzenia to 1) i 4)
- B. Prawdziwe twierdzenia to 3) i 5)
- C. Prawdziwe twierdzenia to 2) i 4)
- D. Prawdziwe twierdzenia to 1) i 5)
- E. Prawdziwe twierdzenia to 2) i 5)

### Pytanie 3.

Wskaż czynniki, które zwiększają prawdopodobieństwo odpowiedzi na erytropoetynę:

- A. Duże zapotrzebowanie na transfuzje koncentratu krwinek czerwonych (kkcz)
- B. Niskie stężenie endogennej erytropoetyny
- C. Wysokie ryzyko według Międzynarodowego Wskaźnika Progностycznego (IPSS, *International Prognostic Scoring System*) i Zmodyfikowanego Międzynarodowego Wskaźnika Progностycznego (IPSS-R, *Revised International Prognostic Scoring System*)
- D. Wysokie stężenie ferrytyny
- E. Odsetek blastów w szpiku kostnym przekraczający 10%

**Pytanie 4.**

Kryteria rozpoznania zespołu mielodysplastycznego (MDS, *myelodysplastic syndrome*) z obecnością pierścieniowatych syderoblastów to: 1) niedokrwistość; 2) nieobecność blastów we krwi obwodowej; 3) obecność mutacji *SF3B1* przy odsetku pierścieniowatych syderoblastów w szpiku większym lub równym 15%; 4) obecność mutacji *SF3B1* przy odsetku pierścieniowatych syderoblastów w szpiku większym lub równym 5%; 5) odsetek blastów w szpiku ponad 5%.

- A. Kryteriami tymi są: 1), 2) i 4)
- B. Kryteriami tymi są: 1), 2) i 3)
- C. Kryteriami tymi są: 1), 4) i 5)
- D. Kryteriami tymi są: 1), 2) i 5)
- E. Kryteriami tymi są: 2), 4) i 5)

**Pytanie 5.**

Do czynników ryzyka wznowy po autotransplantacji u chorych z nawrotową/oporną postacią chłoniaka Hodgkina **nie należy**:

- A. Stadium IV choroby przy rozpoznaniu
- B. Pierwotna oporność na leczenie pierwszej linii
- C. Wznowa choroby do 12 miesięcy po leczeniu pierwszej linii
- D. Wznowa o lokalizacji pozawęzłowej
- E. Dodatni wynik badania pozytonowej tomografii emisyjnej sprzężonej z badaniem tomografii komputerowej (PET/CT, *positron emission tomography/computed tomography*) po chemioterapii ratunkowej

**Pytanie 6.**

Jacy chorzy z oporną/nawrotową postacią chłoniaka Hodgkina mogą otrzymywać brentuksymab vedotin po autologicznej transplantacji komórek układu krwiotwórczego do sumarycznej liczby 16 cykli? 1) Chorzy nieleczeni brentuksymabem vedotin przed transplantacją o „wysokim ryzyku wznowy choroby” definiowanym jako pierwotna oporność na leczenie pierwszej linii, wznową choroby przed upływem 12 miesięcy od zakończenia leczenia lub ze wznową choroby z zajęciem narządu pozawęzłowego; 2) chorzy leczeni krótko brentuksymabem vedotin przed transplantacją wykonaną po uzyskaniu odpowiedzi na ten lek, którzy spełniają kryteria „wysokiego ryzyka wznowy choroby”; 3) wszyscy chorzy leczeni krótko brentuksymabem vedotin przed transplantacją wykonaną po uzyskaniu odpowiedzi na ten lek; 4) tylko chorzy bez przeciwwskazań do allogenicznej transplantacji komórek układu krwiotwórczego.

- A. Prawdziwe jest tylko twierdzenie 1)
- B. Prawdziwe są twierdzenia 1) i 2)
- C. Prawdziwe są twierdzenia 1) i 3)
- D. Prawdziwe są twierdzenia 1), 2) i 4)
- E. Prawdziwe są twierdzenia 1), 3) i 4)

**Pytanie 7.**

Wszystkie poniższe twierdzenia dotyczące metabolizmu żelaza są prawdziwe z wyjątkiem twierdzenia, że: 1) metabolizm żelaza u zdrowych dorosłych zapewnia równowagę między jego procesami wchłaniania a aktualnym zapotrzebowaniem; 2) patologie przewodu pokarmowego mogą leżeć u podłoża zaburzeń wchłaniania żelaza; 3) wchłanianie żelaza z przewodu pokarmowego w odpowiedzi na jego stężenie w organizmie człowieka jest regulowane przez ekspresję białek jelitowych i wątrobowych; 4) transport żelaza przez łożysko z osocza matki do płodu w trakcie ciąży jest kontrolowany przez hepcydynę płodową; 5) dzienna zalecana dawka żelaza dla kobiet w ciąży to około 27 mg.

- A. 1)
- B. 2)
- C. 3)
- D. 4)
- E. 5)

**Pytanie 8.**

Wskaż prawdziwe twierdzenie dotyczące preparatów żelaza stosowanych w leczeniu niedokrwistości z niedoboru żelaza: 1) w leczeniu niedokrwistości z niedoboru żelaza stosuje się żelazo pierwiastkowe w dawce 150–200 mg przez 4 tygodnie; 2) działania niepożądane i nietolerancja preparatów doustnych stanowią istotne wyzwania dla terapii niedokrwistości z niedoboru żelaza; 3) preparaty żelaza podawane parenteralnie stanowią bezpieczną alternatywę dla preparatów doustnych w sytuacji, gdy jest konieczne szybkie uzupełnienie zapasów żelaza w organizmie; 4) preparaty zawierające kompleks wodorotlenku żelaza z sacharozą charakteryzują się korzystnym profilem bezpieczeństwa w przypadku kobiet w ciąży, a maksymalna tygodniowa dawka nie powinna przekraczać 800 mg.

- A. Prawdziwe są twierdzenia 1) i 2)
- B. Prawdziwe są twierdzenia 1) i 3)
- C. Prawdziwe są twierdzenia 2) i 3)
- D. Prawdziwe są twierdzenia 1), 2) i 3)
- E. Prawdziwe są twierdzenia 2), 3) i 4)

**Pytanie 9.**

Do jakiej grupy ryzyka cytogenetyczno-molekularnego według klasyfikacji *European LeukemiaNet* z 2017 roku należą chorzy o poniższej charakterystyce? Chory 1.: kariotyp prawidłowy, *NPM1<sup>mut</sup> FLT3-ITD<sup>low</sup> RUNX1*; chory 2.: kariotyp prawidłowy, *NPM1<sup>wt</sup> FLT3-ITD<sup>low</sup>*; chory 3.: kariotyp prawidłowy, *NPM1<sup>mut</sup> FLT3-ITD<sup>high</sup> ASXL1*; chory 4.: kariotyp złożony, *NPM1<sup>wt</sup> FLT3-ITD<sup>high</sup> TP53<sup>mut</sup>*.

- A. Chory 1.: ryzyko korzystne; chory 2.: ryzyko pośrednie; chory 3.: ryzyko pośrednie; chory 4.: ryzyko niekorzystne
- B. Chory 1.: ryzyko pośrednie; chory 2.: ryzyko pośrednie; chory 3.: ryzyko niekorzystne; chory 4.: ryzyko niekorzystne
- C. Chory 1.: ryzyko korzystne; chory 2.: ryzyko pośrednie; chory 3.: ryzyko niekorzystne; chory 4.: ryzyko niekorzystne
- D. Wszyscy opisani chorzy są obciążeni niekorzystnym ryzykiem
- E. Żadna z powyższych odpowiedzi nie jest prawidłowa

**Pytanie 10.**

Mutację *FLT3-ITD* wykrywa się u około 50% chorych na ostrą białaczkę szpikową (AML, *acute myeloid leukemia*). Obecność mutacji *FLT3-ITD<sup>high</sup>* wiąże się z wyjątkowo niekorzystnym rokowaniem.

- A. Oba twierdzenia są fałszywe
- B. Pierwsze twierdzenie jest fałszywe, drugie prawdziwe
- C. Oba twierdzenia są prawdziwe
- D. Pierwsze twierdzenie jest prawdziwe, drugie fałszywe

**Pytanie 11.**

U którego z pacjentów należy rozważyć rozpoczęcie leczenia pomalidomidem?

- A. U pacjenta z nowo rozpoznany szpiczakiem plazmocytowym, u którego planuje się przeszczepienie krwiotwórczych komórek macierzystych
- B. U pacjenta z nowo rozpoznany szpiczakiem plazmocytowym, u którego nie jest planowane przeszczepienie krwiotwórczych komórek macierzystych
- C. U pacjenta ze szpiczakiem plazmocytowym, u którego stosowano jeden protokół leczenia z talidomidem i wystąpiła po nim polineuropatia obwodowa 3. stopnia
- D. U pacjenta ze szpiczakiem plazmocytowym po dwóch liniach leczenia, obejmujących zarówno lenalidomid i bortezomib, u którego w trakcie ostatniego leczenia nastąpiła progresja choroby
- E. U pacjenta ze szpiczakiem plazmocytowym, u którego stosowano jeden protokół leczenia zawierający bortezomib i wystąpiła po nim polineuropatia obwodowa 3. stopnia

**Pytanie 12.**

**Wskaż fałszywe twierdzenie dotyczące terapii pomalidomidem:**

- A. Pomalidomid jest wskazany w leczeniu skojarzonym z deksametazonem u dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym, u których wystąpiła oporność na lenalidomid
- B. Dołączenie do schematu pomalidomid–deksametazon bortezomibu, cyklofosfamidu lub przeciwciał monoklonalnych skutkuje znaczącym wzrostem działań niepożądanych, przy niewielkiej poprawie odsetka odpowiedzi
- C. W trakcie terapii pomalidomidem jest wymagane rutynowe monitorowanie parametrów hematologicznych i biochemicznych ze względu na ryzyko powikłań hematologicznych oraz zaburzeń funkcji wątroby
- D. Zastosowanie schematu pomalidomid–deksametazon wpływa na wydłużenie przeżycia wolnego od progresji (PFS, *progression-free survival*), przeżycia całkowitego (OS, *overall survival*) oraz zwiększenie całkowitego odsetka odpowiedzi (ORR, *overall response rate*) w porównaniu ze stosowaniem pomalidomidu w monoterapii
- E. Wszystkie powyższe twierdzenia są fałszywe

Przewirowane odpowiedzi:  
1C, 2D, 3B, 4A, 5A, 6E, 7A,  
8C, 9D, 10B, 11D, 12B